

Особливості клінічного перебігу та хірургічного лікування деструктивно-некротичних уражень нижніх кінцівок у хворих на цукровий діабет

Буренко Г.В., Меллін В.М., Кіндзер С.Л., Кульбака В.С., Дубина В.Г.

Національний медичний інститут ім. О.О. Богомольця,

кафедра загальної хірургії № 2 з курсом ВПХ.

Київська міська клінічна лікарня №3

Лікування деструктивно-некротичних уражень (ДНУ) і ран нижніх кінцівок у хворих на цукровий діабет (ЦД), не завжди дає задовільні результати, тому залишається актуальною проблемою і потребує пошуку нових патогенетично обґрунтованих лікувальних і профілактичних засобів.

Проведено аналіз результатів лікування 58 хворих на ЦД з ДНУ нижніх кінцівок, які склали основну групу, та 34 хворих з ДНУ нижніх кінцівок, які не хворіли на ЦД і віднесені до контрольної групи. Хворі перебували на лікуванні в Київській міській клінічній лікарні №3 з 2004 року по 2006 рік включно.

Контроль за загальним станом хворих та за перебігом ранового процесу здійснювали за допомогою клінічних, лабораторних, біохімічних, інструментальних, бактеріологічних та цитоморфологічних методів обстеження.

Клінічні методи включали: огляд, оцінку локалізації та поширеності некрозу; оцінку об'єктивного стану (наявність супутньої патології та інших ускладнень цукрового діабету); рівень мікро-макроангіопатії (пальпаторне визначення пульсації на артеріях нижніх кінцівок, симптом здавлення пальця); діагностику сенсорних порушень (дослідження больової, тактильної, дискримінаційної, температурної чутливості). З інструментальних методів обстеження виконували ультразвукове дослідження артерій нижніх кінцівок, рентгенографію стопи в двох проекціях, реовазографію, термометрію, визначали плече-кісточковий індекс.

У хворих основної групи мали місце оклюзійні ураження артерій нижніх кінцівок в основному за рахунок втягнення в процес гомілкових артеріальних сегментів з порушенням тактильної, больової дискримінаційної та температурної чутливості за рахунок розвитку дистальної невропатії.

Після хірургічної обробки запального вогнища в комплекс лікування хворих основної групи були включені препарати простагландину Е, антикоагулянти прямої дії, препарати ліпоєвої кислоти, корекція глікемії простим інсуліном. У більшості хворих контрольної групи після адекватної хірургічної обробки гнійного вогнища та антибактеріальної терапії на протязі доби зменшилися явища інтоксикації, набряк оточуючих тканин, а на 2 – 3 день в рані спостерігався ріст грануляційної тканини, яка рівномірно виповнювала рановий дефект. В основній групі, незважаючи на комплексне лікування ДНУ мали тенденцію до поширення по підшкірній клітковині, фасціям, сухожилкам, що відмічено у більшості хворих на цукровий діабет. В зв'язку з цим ми виконували у цих хворих етапні некректомії на межі некротично-змінених та життєвопридатних тканин, що сприяло прискоренню процесів очищення рани, зменшенню інтоксикації, що проявлялося зниженням в крові показників азотистого обміну, температури тіла, показників лейкоцитозу, гіперглікемії.

Розрізи на стопі і гомілці виконували враховуючи основні функціонально-важливі анатомічні утвори з наступним дренажуванням, налагодженням перманентного або постійного промивання ран антисептиками, що сприяло прискоренню підготовки ран до ксено- та аутодермопластики або накладання вторинних швів на них.

Таким чином, хворі на цукровий діабет з деструктивно-некротичними ураженнями нижніх кінцівок потребують адекватного обстеження, моніторингу і постійної корекції глікемії простим інсуліном, нормалізації водно-електролітного, кислотно-лужного, білкового балансів, дезінтоксикаційної терапії.

У хворих на цукровий діабет переважає ураження дистальних відділів артеріального русла, що затруднює можливість виконання операцій на магістральних судинах і потребує раннього комплексного лікування.

Проведення етапних повторних некректомій, ефективне дренажування ран і програмована санація їх антисептиками активує очищення ран від некротичних тканин, скорочує терміни заживлення ран сприяє виконанню аутодермопластики або накладання вторинних швів.